Über hysterische Krampfzustände im Bereich der Muskulatur des Augapfels.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt

von

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

Paul Kort

aus **Kray** bei Essen (Ruhr).

Rostock.
Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.
1912.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Rostock.

Referent: Herr Professor Dr. Peters.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553615_0072

Unter den Störungen im Bereich der Augenmuskulatur haben von jeher die bei der Hysterie vorkommenden die besondere Aufmerksamkeit der Forscher auf sich gezogen, teils ihrer Seltenheit wegen, teils auch, weil diese hier sich darbietenden Probleme einen weiteren Einblick in das innere Wesen der Hysterie überhaupt zu geben versprachen. Überblicken wir z. B. die Literatur, welche sich mit der Lähmung und Kontraktur im Bereiche des Orbikularis befaßt, so sehen wir, daß gerade auf diesem Gebiete immer mehr die Tatsache in den Vordergrund tritt, daß das Gebiet der Lähmung immer mehr und mehr eingeengt wurde, während das der Kontraktur ständig an Ausdehnung gewann; ja man hat sogar wie z. B. Charcot und seine Schüler das Vorkommen einer schlaff hysterischen Ptosis überhaupt geleugnet.

Es würde zu weit führen, alle auf diese Frage bezüglichen Einzelheiten aus der Literatur zu sammeln und zu dieser Frage erneut Stellung zu nehmen, und so werde ich mich im folgenden auf diejenigen Kontraktionszustände beschränken, welche im Bereich der äußeren Augenmuskulatur zur Beobachtung gelangen, wobei uns, wie wir sehen werden, genau die gleichen Verhältnisse entgegentreten werden wie bei der Ptosis, insofern als

auch auf diesem Gebiete vielfach darüber gestritten worden ist, ob überhaupt hysterische Lähmungszustände im Bereich dieser Muskeln vorkommen.

Die verschiedenen Arten der Innervation der äußeren Augenmuskulatur bringt es mit sich, daß wir es nicht nur mit den Störungen einzelner Muskeln zu tun haben, sondern auch mit Störungen im Bereiche der Innervation associierter Bewegungen.

So müssen wir denn zunächst der Frage nähertreten: Gibt es Fälle von isolierter Kontraktur und Lähmung einzelner Augenmuskeln, sei es der äußeren oder der inneren Muskulatur des Auges?

Wie aus der erschöpfenden Arbeit von Gilles de la Tourette hervorgeht, scheint man seit Landouzy das Vorkommen des Strabismus spasticus als eine Art Tradition aufgefaßt zu haben. Er erwähnt, daß man im Anschluß an hysterische Anfälle eine Deviation der Augen beobachten könne, welche einzelne Pathologen als hysterischen Strabismus bezeichnet hätten. Wie aus derselben Arbeit hervorgeht, konstatierte auch Briquet das Vorkommen derselben, indem er hervorhebt, daß bei hysterischen Spasmen auch die Augenmuskeln beteiligt sein können. Im Anschluß an diese historischen Notizen finden wir bei Gilles de la Tourette eine Reihe von Fällen erwähnt, die in das Gebiet des hysterischen Spasmus oder des hysterischen Strabismus spaticus fallen sollen.

So berichtet Hélot von einem Falle, wo neben einer rechtsseitigen Hemiplegie und Spasmus der

Zungen-Lippen-Muskeln eine Unbeweglichkeit des linken Auges bestand, während der rechte Bulbus sich unter der Nasenwurzel zu verstecken schien.

Da diese Arbeit aus dem Jahre 1870 stammt, so sind hierbei eine Reihe von Möglichkeiten nicht berücksichtigt worden, welche sich dem modernen Untersucher aufdrängen müssen. Ganz abgesehen davon, daß es gewisse Schielformen gibt, bei dem bei der Fixation eines nahen Gegenstandes eine hochgradige Schielstellung des einen Auges eintritt, welche längere Zeit hindurch bestehen kann, und mit dem Nachlaß der Accommodation oder unter Zuhilfenahme von Gläsern plötzlich wieder verschwindet, Fälle, bei denen die Auswärtswendung der Augen so wenig geübt sein kann, daß eine Lähmung der Auswärtswender vorgetäuscht werden kann, so kommt für diesen Fall auch noch eine andere Möglichkeit in Frage, die des einseitigen willkürlichen Einwärtsschielens.

Mag man diese Fälle, wie sie von Königshöfer, Wesenberg, Peters u. a. beschrieben worden sind, entweder nach Hering erklären, der die Unbeweglichkeit des einen Auges als die Resultierende zwischen den beiden Kräften der Einwärtswendung und der assoziierten Seitenbewegung betrachtet, oder mit Peters als die verstärkte Innervation des einen Internus, die bei dem Versuche zu konvergieren auftritt; jedenfalls besteht die Möglichkeit des Vorkommens einer derartig an sich seltenen Störung bei einem Individuum, welches im übrigen eine Reihe von hysterischer Störungen aufweist. Man kann daher den Fall von Hélot

als absolut beweisend für das Vorkommen einer einseitigen isolierten Augenmuskelkontraktur nicht betrachten, weil willkürliches einseitiges Einwärtsschielen vorliegen könnte.

Es folgt der Fall von Terrier, der bei einer 21jährigen Frau in Anschluß an eine durch kariöse Zähne bedingte Neuralgie, die als Hysterie angesprochen wurde, eine Deviation des linken Auges nach oben und außen beobachtete.

Ganz abgesehen davon, daß in diesem Falle die Diagnose der Hysterie nicht genügend begründet erscheint, kann man diesen Fall nicht als Beispiel einer einseitigen Augenmuskulaturkontraktur gelten lassen, weil das andere Auge enukleirt worden war, und demgemäß die Deviation nach oben und innen im Sinne einer Deviation conjuguée wohl beobachtet worden wäre, wenn das eine Auge eben nicht gefehlt hätte.

Auch in dem Falle von Mengin waren ebenfalls kariöse Zähne die Ursache von „tonischen Krämpfen, Paresen der Augenmuskeln“ mit Kontraktur des Musc. rectus internus und Accommodationskrampf“ neben Einengung der Gesichtsfeldamblyopie und -Achromatopsie.

Aus der Tatsache, daß der Accommodationskrampf stets doppelseitig auftritt, wird man in diesem Falle wohl annehmen dürfen, daß es sich hier um ein Bild gehandelt hat, dem wir bei den Konvergenzlähmungen wieder begegnen werden, die einerseits eine Lähmung der Auswärtswender vortäuschen und mit Krampfzuständen im Bereiche des Orbicularis einhergehen können. Leider ist mir das Original oder ein ander-

weitiges Referat nicht zugängig, so daß ich mich darauf beschränken muß, die Vermutung auszusprechen, daß auch dieser Fall kein einwandsfreies Beispiel einer isolierten hysterischen Kontraktur darstellt.

Der weiter ausgeführte Fall von Manz kann ebenfalls nicht in diese Kategorie gezählt werden, weil es sich um einen typischen Spasmus zweier assoziierter Muskeln handelte.

Auch der Fall von Ulrich gibt zu erheblichen Zweifeln Veranlassung, wo eine typische Hysterica sich mit einem manifesten Strabismus des linken Auges präsentierte, nachdem 3 Wochen vorher davon nichts bemerkt worden war. Schon allein der Umstand, daß in diesem Falle nach ½ Jahr ein gewöhnlicher Strabismus konvergens periodicus bestand, deutet darauf hin, daß die Einwärtsstellung des linken Auges wohl nicht einem Krampfzustande des Internus auf dem Boden der Hysterie zur Last gelegt werden darf, um so weniger, als bei der Prüfung auf Doppelbilder und bei der Prüfung auf Beweglichkeit keinerlei Zeichen einer Beweglichkeitsbeschränkung nach außen zu bemerken war, die doch wenigstens nach der linken Seite hätte auftreten müssen, wenn es sich um einen Krampfzustand des Rectus internus gehandelt hätte.

Somit bliebe nur die auffallende Tatsache übrig, daß ein dem Grade nach schwankender Strabismus convergens noch bei einer 45jährigen Person auftreten konnte.

Der einzige Fall, der in dieses Gebiet zu gehören scheint, ist von Nonne und Beselin veröffentlicht

worden; es handelt sich um eine 24jährige Frau, mit schweren „hysterischen“ Stigmata behaftet, bei der die Untersuchung des Auges links Hitze, Schwellung, Rötung der Lider ergab. Es bestand erhebliche Lichtscheu, so daß das Auge zugekniffen und nur mit Mühe geöffnet wurde. Bei Aufforderung nach links zu sehen, folgt das rechte Auge frei, das linke jedoch nur bis zur Mittellinie und dem entsprechenden gleichnamigen Doppelbilde bei zunehmendem Abstand bei Bewegung nach links, ohne daß zuckende Bewegungen auftraten. 2 Monate später wird konstatiert, daß das linke Auge einem vorgehaltenen Gegenstand auch jetzt nicht über die Mittellinie nach außen folgt. Wenn die Patientin jedoch beim Augenspiegeln aufgefordert wurde, nach links zu sehen, so folgt auch das linke Auge ziemlich frei, wenn auch mit leichten Zuckungen „fast bis an die normale Grenze“. Als kurze Zeit darauf Lähmung und Krampfzustände anderweitiger Art eingetreten waren, wurde konstatiert, daß die Augenstellung anfangs gut war, daß aber bei Bewegungen nach außen das linke Auge meistens etwas zurückblieb; später erfolgte Heilung, und es wird dieser Fall von Nonne und Beselin, da eine Lähmung des linken Auswärtswenders auszuschließen war, aufgefaßt als hysterisches Schielen, beruhend auf eine Kontraktion des linken Internus.

Wollen wir nun diese auffällige Störung im Bereiche des linken Internus kritisch analysieren, so ist in der Tat nicht zu bestreiten, daß es sich um einen Kontraktionszustand des linken Internus gehandelt hat, während

die assoziierte Seitenbewegung meistens ungehindert erfolgen konnte, vor allen Dingen dann, wenn die Aufmerksamkeit der Patientin z. B. durch Augenspiegeln abgelenkt wurde. Leider ist die Mitteilung insofern unvollständig, als nichts über die Accommodationsverhältnisse gesagt wird, welche während der krampfhaften Kontraktion des linken Internus im anderen Auge bestanden. Auch ist in der anfallsfreien Zeit und nach erfolgter Heilung sowie in der Anamnese nichts davon bemerkt, ob nicht etwa doch eine periodische Form des Konvergensschielens vorgelegen hat. Begegnet man doch auch bei derartigen Schielformen bei stark forzierter Fixation eines nahen Gegenstandes öfters derartigen Kontrakturen eines Internus, ohne daß die assoziierte Seitenbewegung beschränkt ist. Daß es sich hier um ein willkürliches einseitiges Schielen handelte, ist wohl deshalb unwahrscheinlich, weil ausdrücklich angegeben wird, daß bei den beschränkten Bewegungen des linken Auges nach außen, die Beweglichkeit des rechten Auges normal gewesen sei. Immerhin wird man dem Gedanken Raum geben müssen, daß doch derartige willkürliche einseitige Kontrakturen eines Muskels die Grundlage für die so seltene Störung abgeben; es würde die Seltenheit der Fälle von willkürlichem einseitigem Schielen, die bis jetzt beobachtet wurden, und die Möglichkeit, daß einseitiges Einwärtsschielen bis zu einem gewissen Grade durch Übung erlernt werden kann, unter Umständen auch für den Fall von N o n n e und B e s e l i n eine Erklärung abgeben. Anderenfalls müßten wir in ihm den einzig

bisher bekannt gewordenen Fall von einseitigem, hysterischem Strabismus convergens unilateralis erblicken, während alle übrigen sonstigen hysterischen Kontrakturzustände, wie wir sehen werden, öfters beobachtet werden, und sich durch eine Steigerung normaler Innervationsverhältnisse kennzeichnen. So würde dieser Fall eine Ausnahmestellung einnehmen, bei dem ohne weiteres vorausgesetzt wurde, daß die Kontraktur des linken Internus Teilerscheinung der unzweifelhaft gefundenen Hysterie war, während theoretisch die Möglichkeit besteht, daß ausnahmsweise bei einem hysterischen Individuum neben wirklich hysterischen Erscheinungen, wie Kontraktur des Orbicularis, eine nicht mit der Hysterie im Zusammenhang stehende Störung im Bereiche des linken Internus vorhanden sein kann. So sehr man auch den Wert einwandsfreier Einzelbeobachtungen für theoretische Auffassung schätzen muß, so sehr muß doch auch mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß in diesem, 16 Jahre zurückliegendem Falle Verhältnisse vorgelegen haben, die nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse vielleicht etwas anders erklärt werden müßten.

Weitere Fälle von isolierter hysterischer Kontraktur einzelner Augenmuskeln habe ich in der Literatur nicht ausfindig machen können.

Wenden wir uns nun zu der zweiten Frage: gibt es isolierte Lähmungen im Bereiche der äußeren Augenmuskulatur, so ergibt die Durchsicht der Literatur, daß die Anzahl der von früheren Autoren in dieses Gebiet verwiesene Fälle eine erheblich größere ist.

Schon in den Arbeiten von Parinaud, Borel und Morax wird darauf hingewiesen, daß die Unterscheidung zwischen der Lähmung eines einzelnen Augenmuskels und der Kontraktur der Antagonisten oft eine sehr schwierige sei, und wie sich für die meisten Fälle von Ptosis hysterica allmählich herausstellte, daß dabei die Kontraktur des Orbicularis die Hauptrolle spielte, so gab es Autoren z. B. Charcot, welche das Vorkommen hysterischer Augenmuskellähmungen überhaupt leugneten. Man wird deshalb nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß in der älteren Literatur derartige Lähmungen beschrieben worden sind, die nach heutiger Auffassung in das Gebiet der Kontrakturen gehören. Das hierher gehörige Material ist schon von verschiedenen Autoren kritisch gesichtet. So erkennen Nonne und Beselin die folgenden Fälle vom Standpunkte der damaligen Kritik (1896) als Lähmungen an:

Der Fall von Guttmann, der im Jahre 1869 von Leber beobachtet wurde, wo es sich neben linksseitiger, sensibeler, sensorischer Hemianaesthesie um eine Paralyse des linken Musc. rectus internus, sowie der beiderseitigen Musc. rectus superior handelte.

Nach den heute geltenden Anschauungen wird man den doppelseitigen Lähmungen der Aufwärtswender sehr skeptisch gegenüberstehen und eher eine Deviation conjuguée auf dem Wege der Kontraktur nach unten annehmen, und wenn wir dieses tun, dann ist es durch zahlreiche analoge Fälle wahrscheinlich, daß da, wo Kontrakturen im Bereich einzelner Muskeln vorhanden sind, zeitweise, vielleicht je nach den variablen Ansatz-

verhältnissen, die benachbarten Augenmuskeln vorübergehend in ihrer Funktion geschädigt werden. Eine Stütze für diese Auffassung liegt darin, daß bei der Heilung derartiger Fälle die als Lähmungen gedeuteten Funktionsbehinderungen stets gleichzeitig verschwanden, während man bei Lähmungszuständen darauf gefaßt sein mußte, daß zwar die eine oder andere Parese zurückgeht, während eine andere bestehen bliebe.

Ebenso wenig hält der Fall von Leber einer Kritik stand, den er in Griesingers Klinik beobachtete. Hier bestand neben Erscheinungen, die man ohne weiteres als hysterische anerkennen muß, eine doppelseitige leichte Abduzenzlähmung. Da in der Krankengeschichte dieses Falles, der aus einer Zeit stammt, wo man den Kontrakturen noch nicht die gebührende Aufmerksamkeit schenkte, nicht einmal die Möglichkeit eines Konvergenzkrampfes erörtert, geschweige denn differentiell diagnostisch gewürdigt worden ist, so wird man diesen Fall ebenfalls nicht als beweiskräftig anerkennen können.

Ebenfalls älteren Datums ist der Fall von Duchenne, bei dem nacheinander eine Lähmung des rechten und später nach Heilung ein Rückfall mit Lähmung des linken Rectus internus auftrat.

Auch hier läßt sich die Vermutung nicht von der Hand weisen, daß es sich um einen Fall von Konvergenzspasmus gehandelt hat, bei dem die assoziierte Seitenbewegung nach der einen Seite leichter erfolgte als nach der anderen.

Außer dieser Beobachtung von Duchenne führt Borel noch einen zweiten Fall an, bei dem erst eine Parese des rechten und dann des linken Abduzens auftrat, wozu sich später ein Convergenzspasmus und anderweitige hysterische Symptome hinzugesellten. Aber allein der Umstand, daß nach einer Vorlagerung des angeblich gelähmten rechten Rectus externus vorübergehend starke Divergenz auftrat, läßt gewichtige Zweifel darüber aufkommen, ob es sich hier wirklich um eine Lähmung gehandelt hat, und Borel gibt dem Zweifel selbst Ausdruck, und wirft die Frage auf, ob dieser Parese des rechten Externus ein wesentlicher Einfluß auf das Konvergenzschielen in diesem Falle einzuräumen sei, und ob es überhaupt eine reine hysterische Augenmuskellähmung gebe.

Ebenso wie in dem Falle von Duchenne und Borel scheint es sich in den beiden Fällen von Wilbrandt um eine doppelseitige Minderleistung des Abduzens gehandelt zu haben, bei der die Entstehung durch Krampfzustände im Bereiche der Interni nicht auszuschließen ist.

In einem Aufsatze, den Bondi über Augenmuskellähmungen veröffentlicht, weist schon der Umstand, daß das Wort Lähmung in Parenthese gesetzt wird, daraufhin, daß der Autor seinen Zweifel über die Existenz derartiger Lähmungen Ausdruck geben will, wie dies auch in der Arbeit selbst ausdrücklich geschieht, nachdem in dem einen von Bondi mitgeteilten Falle die anfangs gestellte Diagnose einer Abduzenslähmung zugunsten eines Konvergenzspasmus fallen gelassen werden mußte.

Auch Kunn, dem wir eine ausführliche Arbeit über Augenmuskellähmungen verdanken, sagt ausdrücklich, daß die Existenz hysterischer Augenmuskellähmungen nicht erwiesen sei, wie auch Charcot, ebenso wie Gilles de la Tourette und Moebius schon früher das Vorkommen derartiger Lähmungen bestritten hatten.

Nonne und Beselin stehen dagegen auf dem Standpunkt, daß die im Vorstehenden besprochenen Fälle wirklich beweisend seien und fügen einen weiteren Fall von Wilbrandt und Sänger hinzu, dem die Autoren eine hohe prinzipielle Wichtigkeit beimessen. Es wurde zuerst eine isolierte Lähmung des Obliquus inferior des linken, und später eine isolierte Lähmung des Obliquus superior des rechten Auges festgestellt. An der Diagnose einer Hysterie kann schließlich in diesem Falle kein Zweifel bestehen und Anhaltspunkte für ein organisches Leiden lagen nicht vor. Zeichen irgend welcher Kontraktur von Augenmuskeln konnte nicht festgestellt werden.

In einem weiteren Falle von Nonne und Beselin waren ebenfalls Anhaltspunkte eines organischen Leidens nicht zu finden, und der 41jährige Patient war der Typus eines querulierenden Neurasthenikers. 4 Jahre nach der Lähmung des Rectus inferior trat eine solche des rechten superior auf; Sekundärkontrakturen wurden auch in diesem Falle nicht beobachtet.

Man wird Nonne und Beselin darin Recht geben müssen, daß in diesen beiden Fällen das Vorliegen von wirklichen Augenmuskellähmungen kaum bestritten werden kann, ebenso das Vorliegen anderweitiger

hysterischer Symptome; trotzdem sind aber Zweifel zulässig, ob dieses die einzige Erklärung ist, und zwar möchte ich die Aufmerksamkeit darauf lenken, daß man noch vor 15 Jahren meistens geneigt war, dort, wo Spuren organischer Nervenleiden vorlagen, mit der Annahme hysterischer Störungen etwas zögernd vorzugehen, und umgekehrt dort, wo hysterische Erscheinungen im Vordergrunde standen, mit der Möglichkeit eines gleichzeitigen, in der Entstehung begriffenen organischen Leidens nicht zu rechnen. Aber ganz abgesehen von den neuen Fortschritten, welche darin gipfeln, daß man ganz besonders häufig ein Zusammenkommen von multipler Sklerose und Hysterie beobachtet, muß man vor allen Dingen mit der Tatsache rechnen, daß eine isolierte Lähmung eines, oder die Lähmung mehrerer Augenmuskeln ein Symptom sein kann, welches organischen Erkrankungen auf Jahre hinaus vorauseilt.

Ein sehr charakteristischer Fall dieser Art wurde vor einigen Wochen in der hiesigen Augenklinik beobachtet. Es handelt sich um eine 40jährige Frau, die sich vor längeren Jahren wegen einer Augenmuskellähmung in der Poliklinik vorstellte. Der Befund in der Nervenklinik ergab kein Anzeichen einer organischen Erkrankung und es wurde damals das Vorliegen von Hysterie als wahrscheinlich bezeichnet. Kürzlich stellte sich die Patientin wieder vor mit einer ausgeprägten multiplen Sklerose, während die Augenmuskellähmung zum großen Teil zurückgegangen war.

Wäre dieser Fall im Jahre 1898 unter der Rubrik „hysterische Augenmuskellähmungen“ publiziert worden,

so würde er sicherlich einen Ehrenplatz in der Literatur eingenommen haben, während heute darüber kein Zweifel bestehen kann, daß die damalige Lähmung schon als Symptom der multiplen Sklerose zu gelten hatte. Es wäre sehr erwünscht, besonders in den beiden von Nonne und Beselin mitgeteilten Fällen, etwas genaueres über den heutigen Zustand dieser Patientin zu erfahren.

In einem anderen Falle, den Herr Professor Peters in Bonn beobachtete, handelt es sich um eine in den 30er Jahren stehende Patientin, welche im Wochenbett von einer linksseitigen totalen Abduzenslähmung befallen wurde. Die Patientin war Herrn Professor Peters persönlich ebenso wie ihre Tochter als hysterisch bekannt, und es wurden daher die Klagen über Kopfschmerzen, über langsames Erholen anfangs auf Hysterie bezogen, die auch stärker in die Erscheinung getreten war, als die Patientin im Jahre vorher die Exstirpation eines Nierentumors gut überstanden hatte, dessen Entfernung ganz radikal gelungen war. Als die Kopfschmerzen sich steigerten, aber sonstige zerebrale Symptome vollständig fehlten, konnte für die Abduzenslähmung, die mit starker Kontraktur der Antagonisten einherging, ein anderer Grund als Hysterie nicht gefunden werden, bis plötzlich Verwirrungszustände auftraten, die die Überführung in eine Heilanstalt nötig machten, wo die Patientin einige Tage nach der Einlieferung verstarb. Als Todesursache fanden sich 7 kleine Sarkommetastasen im Gehirn, von denen eins den linken Abduzensstamm geschädigt hatte.

Wäre das Leiden der Patientin nicht bis zum Tode verfolgt und durch die Section aufgeklärt worden, so hätte auch dieser Fall unter Umständen als ein Beweis für eine hysterische Augenmuskellähmung angeführt werden können.

Ein weiterer Beweis, daß hysterische Augenmuskellähmungen nicht vorkommen, kann darin erblickt werden, daß die bisher mitgeteilten Fälle so selten sind, daß sie eben aus diesem Grunde Zweifel erwecken müssen, denn es dürften doch die somatischen Erscheinungen der Hysterie im allgemeinen eine Reihe von ziemlich typischen Krankheitsbildern darstellen, während allerdings auf psychischem Gebiet einer abnormen Betätigung der weiteste Spielraum gelassen ist. Während z. B. Einzelfälle von Mißbildungen, von Tumoren-Monstrositäten für das betreffende Kapitel der Medizin eine gewisse Bedeutung erlangen können, so muß bei dem Mißverhältnis zwischen der Häufigkeit der Hysterie und der enormen Seltenheit der bisher berichteten Fälle von Augenmuskellähmungen aus diesem Grunde eine gewisse Skepsis am Platze sein.

Auf dem Gebiete der angeblich auf Hysterie beruhenden assoziierten Lähmungen läßt sich ebenfalls beobachten, daß man früher, als man von der Bedeutung der hysterischen Kontraktur noch keine genügende Kenntnis besaß, geneigt war, derartige Lähmungen, anzunehmen, wie z. B. Parinaud, der ihnen sogar ein häufigeres Vorkommen zusprechen wollte. Demgegenüber weist Gilles de la Tourette darauf hin, daß man bei hysterischen Anfällen, besonders

solchen, die mit symmetrischen Krämpfen im Bereiche der Halsmuskeln einhergingen, gelegentlich beobachten könne, daß eine auf Spasmus beruhende konjugierte Deviation eintrete. Im übrigen ist die Ausbeute an solchen Fällen, bei denen derartig länger dauernde Krampfzustände im Sinne einer Deviation conjuguée auftraten, eine recht spärliche.

So führt Borel den Fall von Trost an, wo bei einem hysterischen Individuum längere Zeit eine Deviation nach rechts und unten beobachtet wurde, welche längere Zeit dauerte, während es sich in den Fällen von Levy und von Manz um vorübergehende spastische Deviation handelte.

Auch Kunn scheint in seiner zusammenfassenden Arbeit das Vorkommen derartiger, auf Kontraktur beruhende Deviationen anzunehmen.

Nonne und Beselin beschreiben dagegen 2 Fälle von assoziierten hysterischen Augenmuskellähmungen, die ich als solche nicht anerkennen kann.

Der erste Fall betraf einen 10jährigen Schüler, der eine Halsentzündung durchgemacht hatte, und für die Nähe ein starkes Konvexglas zum Sehen brauchte und später keine Einstellungsbewegung auf nahe Gegenstände mehr machte, eine Erscheinung, die als Konvergenzlähmung aufgefaßt wurde. Durch tonisierende Behandlung und Suggestion verschwand die Lähmung nach einem Rückfalle dauernd.

Dieser Fall fordert zu einer Kritik heraus. Zunächst ist es eine jedem Kliniker geläufige Erscheinung, daß man bei manchen Patienten bei der Aufforderung

zu konvergieren keinerlei Einwärtsstellung beobachtet, die erst unter Umständen bei wiederholten Prüfungen und auch dann noch in gelindem Grade zu Tage tritt, und wenn dann noch die suggestive Beeinflussung dazu kommt, daß in der Nähe nicht gesehen werden kann, dann ist es nicht zu verwundern, daß die Einstellungsbewegungen scheinbar fehlen können.

Es geht aus den mitgeteilten Daten auch nicht hervor, daß wirklich Hysterie vorlag, sondern es handelte sich lediglich um eine suggerierte Störung, wo Suggestion von anderer Seite, oder Autosuggestion in Frage kommen kann. Bei derartigen Störungen kann man, wie Peters hervorgehoben hat, die Diagnose der Autosuggestion sofort dadurch stellen, daß man mit einem Planglase sofort Besserung des Sehens für die Ferne und die Nähe erzielt. Einen derartigen Fall von autosuggerierter Hypermetropie beschreibt Peters neben einem anderen Falle, wo sich eine derartige, auf Autosuggestion beruhende Sehstörung auf einen bestehenden Astigmatismus aufpfropfte, die ebenfalls durch Plangläser zum Verschwinden gebracht wurde. Genau wie bei der Myopie, die so häufig auf diese Weise vorgetäuscht wird, genügt das Planglas, um die wahre Natur der Störung zu erkennen, und so stehe ich nicht an, den erst von Nonne und Beselin mitgeteilten Fall als in diese Kategorie gehörig zu betrachten, um so mehr als es sich um einen 10jährigen Knaben handelt, der, wie aus der Dissertation von Thiele hervorgeht, in dem Prädilektionsalter für derartige Störungen steht.

Was für diesen ersten Fall von Nonne und Beselin gesagt wird, gilt Wort für Wort auch für den 2. Fall und wir können nach den an der Rostocker Klinik gemachten Erfahrungen den Herren Fachgenossen nur raten, bei derartigen auf Suggestion beruhenden Störungen sich der Plangläser zu bedienen, welche erkennen lassen, daß es sich nicht um eine abnorme Funktion des Ciliarmuskels, sondern um eine abnorme Funktion der Psyche handelt. Jedenfalls kann von einer hysterischen assoziierten Augenmuskellähmung in diesen beiden Fällen von Nonne und Beselin keine Rede sein.

Am besten gekannt und von großer klinischer Bedeutung ist der etwas häufiger vorkommende Konvergenzkrampf, der schon frühzeitig die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich lenkte. Bei meiner Nachforschung in der Literatur finde ich, daß, wenn wir von den schon erwähnten Autoren wie Landouzy und Briquet absehen, die das Vorkommen von hysterischen Augenmuskellähmungen behaupten, aber nicht beweisen, und von den Fällen von Helôt, Terrier und Mengin, welche bereits vorher einer kritischen Besprechung unterzogen worden sind, der erste Fall im Jahre 1880 von Manz genauer beobachtet zu sein scheint; es ist dies derselbe Fall, bei dem nach Aufhören des Konvergenzkrampfes eine spastische konjugierte Deviation nach rechts auftrat.

Und 1881 erwähnt Schweigger in seiner Monographie über das Schielen 3 derartige Fälle, in denen es sich um eine Beweglichkeitsbeschränkung der

Interni handelte, die durch Kontraktionszustände der Externi bedingt waren.

Daß derartige Fälle nicht allzu häufig sind, geht z. B. daraus hervor, daß Fuchs in einer früheren Auflage seines bekannten Lehrbuches 1894 nur drei Fälle beobachtete, und es ist charakteristisch, daß in der erschöpfenden Arbeit von Borel, die sich sonst eingehender über hysterische Krampf- und Lähmungszustände äußert, der Konvergenzkrampf keine Besprechung gefunden hat.

Auch Gilles de la Tourette spricht öfters von den Kontraktionen der Recti interni, welche den hysterischen Blepharospasmus begleiten, und Parinaud spricht von einem Spasmus der Interni, welche die Paralyse der Externi begleitete.

Einzelfälle von Konvergenzkrampf werden noch beschrieben und von Klitsch, sowie von Mutschler, während die Zugehörigkeit eines Falles von Lapersonne etwas zweifelhaft erscheint, weil hier die Einwärtswendung bald auf dem einen, bald auf dem anderen Auge deutlicher ausgeprägt war. In der Zusammenstellung von Kunn wird der Konvergenzkrampf als eine typische hysterische Störung hingestellt.

Wir sehen demnach, daß es sich hierbei um ein nicht gerade häufig vorkommendes Krankheitsbild handelt, bei welchem eine doppelseitige Funktionsbehinderung der Externi durch die stark ausgesprochene Kontraktur der Interni vorgetäuscht werden kann, und es bedeutet schließlich keinen prinzipiellen Unter-

schied, wenn die Kontraktur in einzelnen Fällen auf der einen Seite etwas mehr ausgesprochen war, als auf der anderen.

Da in einer Reihe von Fällen gleichzeitig Blepharospasmus vorlag, welche die exakte Prüfung der Muskelfunktion behinderte, so haben diejenigen Fälle ein um so größeres Interesse, bei denen von einem begleitenden Blepharospasmus keine Spur zu sehen ist. Daher möchte ich mir erlauben, zwei hierher gehörige Fälle aus der Rostocker Augenklinik zu publizieren, von denen der eine durch seine Entstehung und der andere durch seine therapeutische Beeinflussung nicht uninteressant erscheinen. Daß es sich um seltene Erscheinungen handelt, geht daraus hervor, daß diese beiden Fälle die einzigen sind, die an einem Material von 36 000 Fällen gefunden wurden.

Fall I: Henny Kell, Dienstmagd, 19 Jahre, aus Nienhagen.

Im Jahre 1906 wurde Patientin beim Melken mit dem Kuhschwanz ins Gesicht geschlagen, wobei hauptsächlich das rechte Auge getroffen wurde. Sie ging noch an demselben Tage zu einem Arzt, der ihr ein Pulver verschrieb, das Pat. sich ins Auge streuen mußte. Sie klagt seitdem über Kopfschmerzen, die auch heute noch bestehen sollen. Am Tage nach Pfingsten wurde sie abermals mit dem Kuhschwanz ins Gesicht geschlagen und dabei das rechte Auge abermals getroffen; dadurch steigerten sich die Beschwerden und Pat. konnte angeblich fast gar nichts mehr sehen. Derselbe

Arzt verband ihr den Kopf und verschrieb ihr Borwasser zu Umschlägen. Jetzt klagt sie in erster Linie darüber, daß sie abends bei Licht nicht sehen kann. Sie kann nur kurze Zeit bei Licht arbeiten, weil sie sofort Stechen und Reißen im rechten Auge bekommt.

R. S. = 5/5 knapp, **L.** S. = 5/5; beiderseits Nieden 1. Keine Accommodationsstörung.

Status: Die objektive Untersuchung hatte folgendes Ergebnis: Beide Augen sind frei von äußeren Entzündungserscheinungen; Augenhintergrund normal. Beiderseits volle Sehschärfe. Die Grenzen des Gesichtsfeldes sind für weiß und Farben normal weit. Skotome sind nicht nachweisbar. Beim Fixieren eines nahen Gegenstandes treten bald zitternde großschlägige Bewegungen der Augäpfel in horizontaler Richtung ein, bis beide Augen eine extreme Einwärtsstellung eingenommen haben. Ebenso treten diese zitternden Bewegungen bei seitlichen Bewegungen ein und das Auge, bei welchem der Einwärtswender in Anspruch genommen wird, stellt sich ebenfalls in extreme Einwärtsstellung. Wenn beide Augen diese Einwärtsstellung angenommen haben, kann die Pat. die Stellung der Augen nicht willkürlich ändern, sondern muß, um diesen Krampf der Einwärtswender zu lösen, die Augen für einen Augenblick schließen; erst dann kann sie wieder frei mit parallel stehenden Augen in die Ferne sehen. Durch diesen Krampf wird ihr jede Näharbeit unmöglich gemacht.

Spätere Untersuchungen nach einigen Monaten und Jahren stellten eine langsame Besserung insofern

fest, als der Krampf nicht mehr so häufig auftrat. Durch Fixation eines nahen Gegenstandes trat er jedoch wieder prompt in die Erscheinung.

Es sei noch weiter kurz erwähnt, daß dieser von Herrn Professor Peters[1]) kurz geschilderte Fall als monosymptomatische, traumatische Hysterie aufgefaßt und demgemäß von der Berufsgenossenschaft entschädigt wurde. Die Prognose dieser monosymptomatischen Formen wird von einigen Autoren als besonders ungünstig angesehen, was durch den Verlauf unseres Falles eine gewisse Bestätigung findet.

Bemerkenswert an diesem Falle ist neben der geradezu typischen Krampfstellung der Bulbi bei intendierter Konvergenz das Auftreten zitternder Bewegungen im Bereiche des Internus auch bei assoziierten Seitenbewegungen. Sie deuten auf einen Reizzustand im Muskel selbst hin, der vielleicht durch die übermäßig starken Kontraktionen unterhalten wird.

Fall II: H. K., 41 Jahre alt, Bankbeamter, verheiratet.

Keine eigentlichen Kinderkrankheiten. Bis zum 11. Jahre will Pat. an Krämpfen gelitten haben. 1898 Rippenfellentzündung und Muskelrheumatismus. 1903 erkrankte Pat. an Neurasthenie und Diabetes insipidus. Darnach treten Erscheinungen von seiten des Auges auf. Pat. sah öfters doppelt: bei Fixierung eines nahen Gegenstandes, bei scharfem Hinsehen, beim Schreiben und Lesen traten Doppelbilder auf.

[1]) Correspondenzblatt des Allgemeinen Meckl. Ärztevereins.

Die Augen stellten sich nach innen ein und waren nur durch Schließen der Augen oder Verdecken derselben aus dieser Stellung herauszubringen. Durch elektrische Behandlung im Jahre 1903 Rückgang der Erscheinungen.

Am 29. V. 10. Unfall: Pat. glitt auf der Treppe aus, stürzte hin, trug eine Rückenquetschung davon und wurde durch Aufschlagen auf den Hinterkopf besinnungslos. Von diesem Zeitpunkt an treten die Doppelbilder wieder auf und die Augen stellen sich beim Fixieren eines Gegenstandes unter großzügigen nystagmusartigen Bewegungen in eine extreme Einwärtsstellung ein.

Status: Die Untersuchung der Augen des Patienten ergab nachstehenden Befund:

Mit farbigem Glase werden gleichnamige Doppelbilder wahrgenommen. Nach rechts und links ist die Doppelbilderstellung schwankend. Die Ursache ist ein typischer Konvergenzkrampf mit maximaler Verengerung der Pupille. Das Gesichtsfeld ist normal.

Die Prüfung des Sehvermögens ergab auf dem rechten Auge:

R. konkav 0,75 D. S. = 5/5,

auf dem linken Auge:

L. S. = 5/5.

Dieser Fall ist zunächst dadurch bemerkenswert, daß der Konvergenzkrampf auch hier wieder durch ein Trauma ausgelöst, resp. wieder hervorgerufen wurde, was darauf hindeutet, daß es sich um eine sogenannte funktionelle Neurose handelt.

Weiterhin ist aber an diesem Falle besonders der Verlauf interessant, insofern, als es Herrn Professor Peters gelang, durch Verordnung von Prismen mit der Basis nach außen das Auftreten der Krampfstellung so in Schranken zu halten, daß Pat. wieder arbeitsfähig wurde. Er bedient sich noch heute dieser Brille, weil sonst die Neigung zu jener Krampfstellung der Bulbi sofort wieder stärker hervortritt.

Im allgemeinen stellt demnach der Konvergenzkrampf ein typisches Krankheitsbild dar, bei welchem es wohl begreiflich ist, daß man früher einer Verwechselung mit einer doppelseitigen Abduzenslähmung nicht immer aus dem Wege gehen konnte, weil die Kontraktionszustände im Bereiche der Interni einen hohen Grad erreichen können.

Schließlich sei noch einer Störung gedacht, die Kunn bei einer Patientin beobachtete, die an schweren allgemeinen Krämpfen leidend, eine vollständige Dissoziation der Augenmuskeln erkennen ließ. Wenn wir berücksichtigen, daß die Dissoziation nur bei Säuglingen, bei denen der binokulare Sehakt noch nicht gefestigt ist, vorkommt, und andererseits, daß die Beobachtung von Kunn nur eine Einzelbeobachtung darstellt, so werden wir in diesem Falle Zweifel hegen dürfen, ob es sich wirklich um eine hysterische Störung gehandelt hat. Viel plausibler wird die Annahme, daß es sich hier um einen zerebralen Reizzustand gehandelt hat bei einer Person, die außerdem hysterisch war.

Da es zu weit führen würde, in dem Rahmen dieser Arbeit auch noch die hysterische Pupillenstörung und

die sogenannte schlaffe hysterische Ptosis eingehender zu besprechen, so begnüge ich mich damit, an der Hand meines Materials feststellen zu können, daß die bei Hysterie vorkommenden Störungen im Bereiche der Augenmuskulatur an die normalen Innervationsvorgänge gebunden sind. Es muß mit Fug und Recht bezweifelt werden, daß es hysterische Kontraktionszustände einzelner äußerer, sowie des Accommodationsmuskels gibt. Es muß ferner bezweifelt werden, daß isolierte Kontrakturen einzelner Augenmuskeln und die Dissoziation des Auges auf hysterischer Basis überhaupt vorkommen, und ich kann mich nur den Zweifeln anschließen, welche in dieser Hinsicht von Moebius, Knies u. a. ausgesprochen wurden.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Peters für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit und für die Überlassung der Fälle meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Bondi: Über hysterische Augenmuskellähmungen in einer Familie. Prager med. Wochenschrift XXIX, Nr. 33, 1904.
2. Borel: Affectiones hystériques des muscles oculaires. Arch. d'ophthal. 1886.
3. Duchenne: Paralysie du moteur oculaire externe dans l'hystéricisme. Gaz. des hôpiteux, 1875, 24. Juli.
4. Fuchs: Lehrbuch 1894.
5. Gilles de la Tourette: L'hystérie.
6. Guttmann: Berliner klinische Wochenschrift 1869, Nr. 28, 29.
7. Hélot: Hemiplégie hystérique. Thèse de Paris, 1870. Referat: Gilles de la Tourette.
8. Klitsch: Über hysterische monokuläre Polyopie nebst einem Überblick über die hysterischen Augenstörungen. Inaug.-Diss. Leipzig 1895.
9. Kunn: Über hysterische Augenmuskelstörungen. Wiener klinische Rundschau, 1897.
10. Landouzy: Traité complet de l'hystérie, 1896.
11. Leber: Graefe-Saemisch V, pag. 985.
12. Levy: Über hysterische Amaurose. Inaug.-Diss., Berlin 1890.

13. Manz: Ein Fall von hysterischer Erblindung mit spastischem Schielen. Berliner klinische Wochenschrift, Januar 1880.
14. Mengin: Des accidents oculaires consécutives aux lésions de l'appareil dentaire. Recueil d'ophthal. 1878. Referat: Gilles de la Tourette.
15. Moebius: Schmidt's Jahrbücher, Band 220.
16. Mutschler: Über einen Fall von hysterischer Amblyopie mit zentralem Skotom und Konvergenzkrampf. Inaug.-Diss., Leipzig 1896.
17. Nonne und Beselin: Über Kontraktur- und Lähmungszustände der exterioren und interioren Augenmuskeln bei Hysterie, 1896.
18. Parinaud: Paralysie de la Convergence. Société d'ophthalmologie, 27. April 1886. Referat: Gilles de la Tourette.
19. Schweigger: Klinische Untersuchung über das Schielen. Berlin 1881.
20. Terrier: Contractures des muscles oculaires et de l'orbiculaire gauche, gueriées par l'ablation de deux cariées. Recueil d'ophthal. 1873. Referat: Gilles de la Tourette.
21. Ulrich: Intermittierender Spasmus eines Musculus rectus internus auf hysterischer Basis. Zehender's klinisches Monatsblatt für Augenheilkunde, Juli 1882.

Lebenslauf.

Franz Wilhelm Paul Kort, geboren 18. VII. 1886 zu Königssteele (Kreis Hattingen, Prov. Westfalen), besuchte ich die Progymnasien zu Wattenscheid und Steele a. d. Ruhr, legte im Jahre 1906 am Realgymnasium zu Essen a. d. Ruhr die Reifeprüfung ab und widmete mich darauf dem medizinischen Studium an den Universitäten München, Gießen, woselbst ich 1907 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im Winterhalbjahre 1907/08 diente ich mit der Waffe beim Infanterie-Regiment Kaiser Wilhelm II. (Großherzogl. Hess.) Nr. 116 zu Gießen und besuchte dann die Universitäten Kiel und Rostock. An letzterer Hochschule bestand ich im Sommer 1911 das medizinische Staatsexamen.